

Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet".

SECCIÓN COMPLETA DEL COLÉDOCO POR TRAUMATISMO CERRADO DE ABDOMEN.

Dr. Jorge Emilio López Martín¹, Dr. Jorge Luis Rubalcaba Álvarez².

1. Especialista de I grado de Cirugía General. Instructor de Cirugía General.
2. Especialista de I grado de Cirugía General.

RESUMEN

Se presenta un caso de sección completa del colédoco como consecuencia de un traumatismo cerrado de abdomen atendido en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" en enero de 1998. Se describen los datos más relevantes referentes al modo de presentación, hallazgos quirúrgicos, conducta y evolución final; con el objetivo de enfatizar la rareza de este tipo de lesión.

Descriptores DeCS: TRAUMATISMOS ABDOMINALES/cirugía.

Los accidentes son la primera causa de muerte entre la primera y la tercera décadas de la vida. Por otra parte el aumento, de la delincuencia urbana, ha traído un incremento progresivo del número de traumatismos abdominales penetrantes o no¹. Dentro de estos últimos, la sección completa del colédoco es un caso extraordinario, con una incidencia muy baja según la literatura y que además no suele aparecer como lesión aislada². El caso que se presenta a continuación cae dentro de este grupo, donde fue impresionante la desecación y sección total del conducto colédoco como consecuencia de un traumatismo cerrado del abdomen, que en este paciente se acompañó de otras lesiones: estallamiento de la segunda porción duodenal, contusión pancreática y desgarró hepático. Como señalan otros autores, las lesiones combinadas duodeno pancreáticas implican un difícil problema diagnóstico³.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 43 años de edad atendido en el cuerpo de guardia del Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", por haber recibido un traumatismo cerrado sobre el hipocondrio derecho, donde se dibujaba una equimosis redondeada provocada por el objeto traumatizante. Se interroga sobre el agente y cinética del trauma, se encuentra en la exploración inicial un intenso dolor abdominal, con una contractura antálgica importante fundamentalmente a nivel del

hemiabdomen derecho, acompañado de una ligera taquicardia (FC: 110) e hipotensión arterial (90/60).

En los exámenes complementarios de urgencia se obtuvo una hemoglobina de 11.8 g/l y por la localización y magnitud del trauma se realiza un ultrasonido abdominal, el cual describe la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal.

Se decide laparotomizar al paciente con el diagnóstico presuntivo de un hemoperitoneo moderado por ruptura hepática. En el acto quirúrgico se halló un hemoperitoneo de un litro o menos, con un pequeño desgarró subcapsular de la cara inferior del hígado en su lóbulo derecho que no estaba sangrando en esos momentos. Se halla el conducto colédoco disecado en casi toda su extensión y totalmente seccionado, más un estallamiento de la segunda porción del duodeno, la cual se hizo evidente al realizar la maniobra de Kocher.

Se realiza ligadura del cabo distal del colédoco y no usarlo para anastomosis por considerarlo friable e inútil. Se cerró la brecha duodenal con una sutura biplano, previa resección de sus bordes y después de comprobar la permeabilidad de la vesícula biliar, se procedió a realizar una tripe derivación biliodigestiva, que comprendió: colecistoyeyunostomía en asa, gastroyeyunostomía antecólica y yeyunoyeyunostomía de Braun. Por último se realiza hepatorrafia del desgarró hepático dejando un drenaje en el Espacio de Morrison y otro en el parietocólico derecho.

A los cuatro días del postoperatorio se inicia la vía oral teniendo el paciente una evolución satisfactoria.

Nueve días después se retiran los drenajes abdominales, se mantiene afebril y sin aparecer complicaciones locales o generales, se le da el alta hospitalaria a los 14 días.

Llevo tratamiento con antibiótico tales como: quemicitina, metronidazol y amikacina; antiácidos y antienzimáticos, los primeros cinco días del postoperatorio.

Al año de operado, el paciente realiza sus actividades habituales, llevando una vida normal y sin complicaciones.

COMENTARIO

La sección completa del colédoco como lesión aislada o combinada, por traumatismo no penetrante del abdomen, es sin lugar a dudas un cuadro de presentación muy raro. En series importantes en las que se practicó laparotomías por trauma abdominal, la lesión del colédoco representó el 0,5%². Como lesión combinada otros autores dan cifras de afectación del área duodenopancreática del orden de un 5 a un 8,2%¹.

En la literatura nacional consultada solo se encontró un caso de lesión aislada del colédoco², y en este caso el diagnóstico fue tardío.

Se considera de utilidad para este tipo de lesión combinada el ultrasonido de urgencia, sobre todo en aquellos casos que se acompañan de shock, sin restarle importancia a la punción y lavado peritoneal, donde algunos autores dan cifras de positividad de un 100%⁴. En este caso el ultrasonido fue usado por estar al alcance, desmostrando su efectividad en estas lesiones combinadas, aunque no es específico para la lesión de la vía biliar aislada donde la punción y el lavado peritoneal se orientaría ante la presencia de bilis en el líquido aspirado.

Una vez confirmado el diagnóstico de disrupción de la vía biliar, el tratamiento va encaminado a restablecer la continuidad del árbol biliar de la forma más anatómica posible. Se recomiendan las anastomosis término-terminales, pero estas frecuentemente va seguidas de estenosis y colangitis secundaria que llevan a veces a reintervención y las derivaciones biliodigestivas⁵. Se optó por estas últimas dada las características en que quedó la vía biliar principal y las lesiones

acompañantes, lo cual concuerda con lo realizado por autores nacionales ².

La morbilidad de los traumatismos con lesión del área duodenopancreática, se reporta en el orden de un 16,6% (1) y se da una cifra de mortalidad de un 6,6% y aún mayor⁴.

Este paciente evolucionó favorablemente y así ha sido en el año posterior a su intervención. Se surgiere para su seguimiento evolutivo, el ultrasonido que habla del estado de las vías biliares y permeabilidad de las anastomosis y la gammagrafía de vías biliares que brinda información sobre el estado del parénquima hepático así como la dinámica de la bilis³.

Los traumatismos duodenopancreáticos y aquellos acompañados de lesión del conducto colédoco ocupan una pequeña porción dentro de los traumatismos abdominales, siendo de muy mal pronóstico cuando su diagnóstico y tratamiento no son precoces⁵. Es de relevar que este tipo de lesión aislada o combinada, a veces resulta enmascarada por otro tipo de lesiones de mayor envergadura aparente, teniendo muy mal pronóstico si pasan inadvertidas o su diagnóstico es tardío por el cuadro clínico abigarrado que suele acompañarles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Traumatismos abdominales. Revista Española de Cirugía. 1988; 43(1): 45-50.
2. Sección completa del colédoco por trauma cerrado de abdomen como lesión aislada. Revista Cubana de Medicina Militar. 1994; 23(2): 81-4.
3. Traumatismo duodenopancreático: características generales e informe de un caso. Revista Cubana de Cirugía. 1990; 29(11): 180-202.
4. Cuestas Valentín M. Traumatismos duodenopancreáticos. Cirugía de Urgencia. 1986; 1(2): 36-44.
5. Busutil RW. Management of blunt and penetrating injuries to the porta hepatis. Ann Surg 1980; 191(15): 641-8.

SUMMARY

A case of the complete section of choledoco as a consequence of a closed trauma of the abdomen assisted in Aleuda Fernandez Chardiet Teaching Hospital in January 1998 was presented. The most relevant data in reference to the way of presentation of the surgical findings, behavior and final evolution were emphasizing the peculiarity of this kind of lesion.

Subject headings: ABDOMINAL INJURIES/surgery

[Indice Anterior Siguiente](#)